

Citar: Apellidos, N. (2014) "Título", en: García Sansano J.; González García, E.; Lago Morales, I. y Rubio Sánchez, R. (Coords.) *Tiempos oscuros, décadas sin nombres*. Toledo: ACMS, pp.

SALUD Y ESTRATIFICACIÓN SOCIAL: LAS FAVELAS DE RÍO DE JANEIRO

Patricia O'Brien López
Universidad Rey Juan Carlos

Introducción

Cada día existe mayor consenso sobre la importancia que tienen las desigualdades sociales en la salud de las personas. En muchos casos, el lugar de residencia es determinante de salud, como podemos constatar comparando diversos índices socio-económicos de distintos países. Pero esta desigualdad no existe sólo a grande escala: también se da dentro de ciertas ciudades e incluso barrios. El tema aquí tratado procura analizar cómo afectan las desigualdades sociales a la salud de los brasileños y, específicamente, a los habitantes de las favelas de Río de Janeiro. La ciudad se ha elegido por su particularidad: un lugar de grandes contrastes territoriales, donde existen favelas insertadas dentro de la propia urbe y, en muchos casos, junto a las zonas más ricas, hecho que no sucede en ninguna otra ciudad del país. Esto posibilita estudiar el contraste entre habitantes de un mismo territorio pero en una zona diferente (favela o barrio). Se ha optado por Río de Janeiro por ser la ciudad donde surgieron estos tipos de asentamientos y por contar con el mayor número de personas viviendo en favelas.

Palabras clave

Desigualdad, favela, salud, Río de Janeiro, violencia

Introducción

- La salud y el contexto social

El significado de *salud* ha ido evolucionando con el paso del tiempo según las culturas y sociedades. La definición que hizo la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 y el reconocimiento del derecho a la salud dos años más tarde en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), procuraban su universalización y reconocimiento, si bien es cierto que la salud no es universal y mucho menos extensible a todas las personas. Miles de millones de personas sufren actualmente algún tipo de problema de salud, y unas tendrán más facilidades para encontrarle una solución que otras. Los motivos son muy variados, pero el tipo

de sociedad en la que vive cada individuo es uno de los determinantes. (Macionis y Plummer, 2008: 548)

El origen del estudio de la relación entre la estructura social y la salud se remonta a los análisis sobre las enfermedades relacionadas con el trabajo, que datan de finales del siglo XV. En 1700, Bernardino Ramazzini publicó el primer tratado relevante sobre las enfermedades laborales. En 1840, Louis Villermé y Edwin Chadwick publicaban los primeros estudios empíricos que relacionaban la clase social, la pobreza, el lugar de residencia y el estado de salud. Hoy en día, es esencial mencionar a Richard Wilkinson, Michael Marmot y Kate Pickett, en Inglaterra; Harold Kerbo en Estados Unidos; o Vicenç Navarro y Joan Benach en España, como exponentes indiscutibles de esta disciplina. (Bacigalupe y Martín, 2007: 36)

- **La salud y la desigualdad social**

La salud de cada individuo viene determinada por factores diversos que varían de una persona a otra, según cuál sea su género, edad, raza, renta y lugar de residencia, entre otros. Las diferencias de salud surgen desde el mismo momento de nacimiento, como muestra de forma clara la comparación de la tasa de mortalidad infantil de los países pobres con la de los países ricos. Obviamente, el estado de salud va a influir en la calidad de vida. Ya en 1998, el *Informe Acheson* sobre desigualdades y salud sugería la necesidad de tener en cuenta varias cuestiones sociales (vivienda, trabajo, redes comunitarias, estilo de vida, edad, género y constitución individual) para entender los determinantes principales de la salud. Años antes, en 1980, el *Informe Black* ratificaba que las desigualdades (sociales y de salud) se daban desde el momento del nacimiento. (Macionis y Plummer, 2008: 557).

En pleno siglo XXI, las diferencias de salud entre las sociedades contemporáneas son abismales. La desigualdad (social y de salud) afecta tanto a países pobres como a países relativamente ricos. La esperanza de vida de Rusia (70 años) y otros países del este de Europa es mucho menor que la de países como Suecia (82). Entre los países menos desarrollados, Costa Rica (80) tiene una esperanza de vida muy superior a la de Angola (51)²¹.

Millones de personas en el mundo sufren alguna enfermedad grave causada por la

²¹ <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN/countries/1W?display=default>

pobreza, La propia OMS hace una distinción de las distintas enfermedades que afectan a la población de distintos países según su renta. En 2012, la tasa de mortalidad de bebés fue de 100 por 1000 nacidos vivos en Angola, mientras que en Dinamarca o Francia esa cifra es de 3 por 1000 para el mismo periodo.²² Se puede constatar que existe un círculo vicioso entre enfermedad y pobreza en muchos países del mundo. La pobreza genera enfermedad, lo que a su vez repercute en la capacidad de la población para trabajar y obtener un salario, empeorando la situación de pobreza (Goulden, 2010: 8).

En necesario destacar la importancia que tienen las desigualdades internas. Dentro de un cualquier país, existen regiones o barrios donde viven personas con unos niveles de riqueza y riesgos para la salud de tipo social, ambiental o personal que difieren mucho según su clase social, género o etnia. (Whitehead y Dahlgreb 2006: 16). A pesar de que durante el siglo XX las tasas de mortalidad de los países se redujeron notablemente, las desigualdades en mortalidad por clase social y entre los países han aumentado, llegándose a afirmar que ésta será la problemática más importante de salud pública del siglo XXI (Benach, 1997: 255-257).

En el mismo sentido, también se ha demostrado que la desigualdad afecta sobre todo a los grupos más excluidos de la sociedad, especialmente entre los distintos grupos étnicos que configuran la población de un país. . En general, la población indígena y negra tiene tasas más elevadas de enfermedades de larga duración que la blanca. Estos colectivos suelen vivir en los barrios más pobres y marginados sufriendo un proceso de desigualdad múltiple. (Doyal, 1979: 65).

Desigualdad y salud en brasil

- Brasil: pequeña reseña del país.

Brasil se independizó en 1822 tras tres siglos de dominio portugués, manteniendo un sistema de gobierno monárquico hasta la abolición de la esclavitud en 1888, siendo, junto con Cuba, uno de los últimos países en prohibirla. Un año más tarde, las fuerzas militares proclamaron la república. Brasil vivió durante medio siglo la dictadura militar, hasta que en 1985, el régimen decidió ceder el poder pacíficamente a dirigentes civiles. En 1988, se

²² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>

promulgaba la Constitución, estableciendo al país como un sistema democrático con estructura federal.

Hoy en día, Brasil es una República Federativa que encabeza la economía de América del Sur. Los mayores problemas actuales del país son la gran desigualdad en la distribución de la riqueza y sus altos índices de criminalidad. Toda la historia de Brasil está muy marcada por la desigualdad social, situación agravada debido a la crisis económica de los años 80, al desarrollo industrial y al rápido proceso de urbanización. Los indicadores económicos muestran cómo han aumentado las desigualdades, especialmente en relación a la renta²³. En 2014, cuenta con 202.656.788 de habitantes. Es el país más extenso y con más población de América Latina. Debido a ello, las desigualdades sociales y de salud son distintas según las zonas que lo conforman. (Labernarde y Engel, 2008: 130)

- **Las desigualdades en Brasil**

En términos económicos, Brasil ocupó en 2013 la octava posición mundial según la Paridad de Poder Adquisitivo (PPA), colocando al país por encima de Francia e Inglaterra²⁴. Sin embargo, atendiendo a su PIB per cápita, Brasil ocupa la posición 105^o, y la 85 según su Índice de Desarrollo Humano (IDH), quedando por detrás de países mucho menos desarrollados industrial y económicamente²⁵. La esperanza de vida al nacer fue de 74 años en 2012 (70 para hombres y 77 para mujeres), lo que sitúa al país en el puesto número 126²⁶. Esto sólo se puede explicar teniendo en cuenta las desigualdades persistentes y muy pronunciadas, así como por políticas de salud y educación poco eficaces (Labernarde y Gerhardt, 2008: 130).

La pobreza y la desigualdad de renta en Brasil siguen siendo muy altos a pesar de las mejoras a principios de siglo. Estas disparidades en oportunidades fomentan la exclusión social y contribuyen a que el país cuente con altos índices de criminalidad en distintas ciudades y, muy particularmente, en las favelas. En países emergentes (como Brasil), el crecimiento de la economía está marcado por una mayor segregación donde conviven situaciones polarizadas de

²³ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/br.html>

²⁴ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world>

²⁵ <https://data.undp.org/dataset/Table-1-Human-Development-Index-and-its-components/wxub-qc5k>

²⁶ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html?countryname=Brazil&countrycode=br®ionCode=soa&rank=126#br>

abundancia y pobreza, principalmente en los grandes centros metropolitanos (Nunes y col, 2001: 15).

- **Desigualdad e inequidad en salud**

Como cabía esperar, en el terreno de la salud Brasil también presenta enormes disparidades entre ricos y pobres, blancos y negros e indígenas, áreas urbanas y rurales, y entre hombres y mujeres (PAHO, 2012: 163). Además de la proclamación de la Carta Magna, el año 1988 fue muy importante para Brasil en el terreno de la salud. La Constitución trata la cuestión defiende la salud como “derecho de todos y deber del Estado garantizado mediante políticas sociales y económicas”²⁷.

A partir de entonces, se creó el Sistema Único de Salud (SUS), que propuso tratar la salud en su totalidad, incluyendo igualdad en el acceso a los bienes y servicios sociales (Labernarde y Gerhardt, 2008: 131). El SUS procura asegurar un acceso universal y equitativo a la salud, dando prioridad a la población más vulnerable según su situación socioeconómica (Paim y col, 2011: 1778). El sistema está financiado con impuestos generales y contribuciones sociales²⁸.

En la última década, Brasil inauguró un período de gran crecimiento económico y una reducción inédita de las desigualdades sociales y de la pobreza extrema, en parte gracias al mandato de Lula da Silva. Se crearon 10 millones de empleos, el analfabetismo bajó 4 puntos entre 2000 y 2010 y se creó el Programa Bolsa Familia. Las condiciones de vida de los sectores más pobres mejoraron de forma incuestionable (PAHO, 2012: 150). En 2012, Brasil destinó el 9,3% de su PIB a la salud, un 2,3% más que en 2003²⁹.

A pesar de la situación de desigualdad que vive Brasil, el número de estudios relacionados es muy escaso y suele estar centrado únicamente en la dimensión biológica de la salud humana. Cabe destacar a Travassos (2000) y Almeida (2000), que muestran una desigualdad social bastante evidente y presentan las grandes diferencias en la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil para diversos grupos socio-económicos (De Souza y

²⁷ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html

²⁸ <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002616>

²⁹ <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>

Viegas, 2002: 12).

Río de Janeiro: grandes contrastes territoriales

- Río de Janeiro: *Ciudad Maravillosa*

Río de Janeiro es uno de los 26 estados que forman la República Federativa de Brasil. El Estado está formado por 92 municipios, de los que 21 forman la Región Metropolitana de Río. Con 6.320.446 de habitantes, la ciudad de Río de Janeiro es la capital del estado homónimo, segunda ciudad con población más alta de Brasil, después de São Paulo (11.253.503 habitantes)³⁰. En total, en el Estado de Río de Janeiro viven 15.993.583 de personas. Fue nombrada capital de Brasil en 1822 con la independencia de Portugal, y conservó ese rango hasta que la capitalidad fue transferida a Brasilia en los años 60.

Su PIB ocupa el segundo puesto del país y la esperanza de vida el octavo puesto (en 2010, 74 años; 70 para hombres y 77 para mujeres)³¹. En 2010, la ciudad de Río de Janeiro presentaba un IDH de 0,80; la segunda más alta del estado después de Niterói, (0,84), a la altura Portugal o Andorra³². En 2012, el paisaje urbano de la ciudad fue considerado Patrimonio Cultural de la Humanidad. Río es uno de los principales centros económicos, culturales y financieros del país, además de ser el principal destino turístico de América Latina y del hemisferio sur.

En materia de salud, en el año 2005 el Estado de Río de Janeiro contaba con 1.982 establecimientos de salud públicos, Según indican las estadísticas, en 2007 había un médico por cada 401 habitantes en el Estado (lo que cumple con el margen de 2,28 médicos por 1.000 habitantes establecido por la OMS) y una cama (de hospitales públicos) por cada 280 personas; en este caso algo distante de las pretensiones de la OMS (10 camas para cada 1.000 habitantes)³³. Viendo estos datos, podríamos afirmar que Río de Janeiro esa una ciudad competente y, sin embargo, la *cidade maravilhosa*, como fuera bautizada en 1935 por el

³⁰ Datos de 2010. Últimos disponibles.

³¹ <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2436>

³²

http://portalgeo.rio.rj.gov.br/amdpgint_ms.asp?gtema=5&gcod=320&gcod_sub=326>ipo_topo=Tem%Elticos>ipo_sub=1

³³ http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table6.pdf

compositor André Filho, tiene tantas imperfecciones que ese atributo dista bastante de la realidad.

Más allá de lo que ven los turistas, la realidad de los cariocas (y brasileños en general) es otra muy diferente. Las desigualdades sociales, económicas y de salud son abismales según la posición social, la raza, el género y, sobre todo, según el lugar de residencia. El IDH no es representativo para todo el estado y ni si quiera para la ciudad de Río de Janeiro, ya que los índices son excesivamente variados según la zona que se estudie. La clasificación de municipios según su IDH (encabezado por los ya mencionados Río de Janeiro y Niterói), finalizaba en 2010 con São Francisco de Itabapoana (0,64) y Sumidouro (0,62), con un IDH equivalente a países como Siria o Namibia.³⁴ Este problema se agrava aún más cuando estudiamos los barrios que conforman los municipios y, muy en especial, las favelas. Es ahí donde se encuentra la máxima expresión de las tremendas desigualdades existentes en Río de Janeiro determinadas, principalmente, por el emplazamiento territorial.

- **Las favelas cariocas**

Según el Censo Demográfico de 2010, el Estado de Río de Janeiro cuenta con 1.332 favelas (el 21% del total del país) que ocupan un total de 12.362 hectáreas y donde viven más de 2 millones de personas. El municipio de Río de Janeiro es el que contiene el mayor número de favelas: 763, donde vive un 22% del total de la población (1.393.000 personas). En el mapa nº1 se muestra el porcentaje de territorio ocupado por favelas según las regiones administrativas y muestra la concentración de las favelas en las zonas donde existe mayor desarrollo industrial, además de la zona centro y sur. Pero, ¿qué es exactamente una favela?

Muchas definiciones de *favela* se centran en la ausencia, la carencia y homogeneidad, y se basan en aquello que la favela no es en comparación con el modelo idealizado de ciudad (la favela no tiene una ordenación regular, la ocupación es ilegal, no hay oferta formal de servicios públicos, entre otros ejemplos), Es, en fin, la expresión del caos. La organización popular ha ido consiguiendo una significativa ampliación del acceso regular a los servicios de agua, alcantarillado, recolección de basura, asfaltado e iluminación. Además, en algunas lograron la

³⁴ <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/amdados800.asp?gtema=15>

construcción de escuelas, guarderías y puestos de salud, fundamentales para la mejora de la calidad de vida de los moradores (ODF, 2009: 10).

Las favelas surgieron en Río de Janeiro en la segunda mitad del siglo XIX debido la decadencia de la producción de café en el estado, la abolición de la esclavitud y el inicio del desarrollo industrial, que empujaron a muchos europeos y antiguos esclavos a la entonces capital de Brasil. Incluso antes de que las favelas existieran, los ciudadanos más pobres eran obligados a alejarse del centro de la ciudad y vivir en la periferia. La mayor parte de las favelas actuales surgieron en la década de los 70, cuando Brasil experimentó un fuerte crecimiento económico con el Régimen Militar, que provocó el éxodo de los habitantes de los estados más pobres a las regiones más ricas.

A día de hoy, todavía persiste una idea de las favelas (y de los *favelados*, como se llama a sus habitantes) llena de juicios preconcebidos, percepción que hace que las políticas públicas llevadas a cabo en las favelas sean vistas como formas de prevención de la violencia, y no como derechos de ejercicio de la ciudadanía (ODF, 2009: 16).

El Observatorio de Favelas (ODF), una de las organizaciones sociales y de investigación más importantes en el campo de las favelas, propone otras formas de entender el fenómeno de la *favelización*. La propia existencia del Observatorio de Favelas constata la importancia del fenómeno. Así, el ODF afirma que las favelas están caracterizadas en parte o en totalidad por las siguientes características (ODF, 2009: 17):

- Insuficiencia histórica de inversiones del Estado y mercado formal.
- Fuertes estereotipos socio-espaciales.
- Predominancia de la autoconstrucción y de un alto grado de viviendas.
- Indicadores educacionales, económicos y ambientales por debajo de la media.
- Niveles elevados de desempleo y de informalidad en las relaciones de trabajo.

- Tasa de densidad demográfica por encima de la media del conjunto de la ciudad.
- Ocupación de sitios urbanos marcados por un alto grado de vulnerabilidad ambiental.
- Alta concentración de negros, mulatos y descendientes de indígenas.
- Grado de soberanía por parte del Estado inferior a la media.
- Alta incidencia de situaciones de violencia, sobre todo letal, por encima de la media.
- Relaciones de vecindad marcadas por la intensa sociabilidad, con fuerte valorización de los espacios comunes como lugar de convivencia.

Además, cabe añadir que las favelas cariocas son el territorio y dominio del crimen violento y las distintas facciones de narcotráfico, que se aprovechan de su aislamiento social e institucional para la venta de drogas (Pereira, 2008: 216).

- **Sociodemografía de las favelas**

Si algo define a las favelas es su heterogeneidad, a pesar de tener un aspecto bastante homogéneo. Las favelas están presentes en diferentes lugares geográficos: planicies, montes (conocidos como morros), al margen de ríos y lagos, junto a vertederos o áreas contaminadas; así como a los márgenes de autopistas, líneas de tren, gasolineras y líneas de alta tensión. Reúnen desde algunas centenas de habitantes hasta varios miles, poseen diferentes equipamientos y mobiliarios urbanos (constituidas por casas y/o apartamentos) y tienen distintos niveles de violencia y presencia del poder público. También cuentan con diferentes características socio-ambientales (ODF, 2009: 16).

Las características de cada favela (ubicación, tipo de vías internas, clase de construcciones número de habitantes) van a influir en las condiciones ambientales, de seguridad, accesibilidad y salubridad local (y, por consiguiente, en la salud pública del lugar). Los tipos de vías internas (avenidas, calles, callejones, escaleras) van a reflejar las condiciones

básicas de infraestructura y servicios, tales como el acceso a servicios de transporte público y seguridad.

El grado de verticalidad de las construcciones y del espacio entre ellas está asociado al precio del suelo urbano. En las áreas más ricas de la ciudad (en el sur de Río de Janeiro, por ejemplo), con más oferta de trabajo y acceso a los servicios públicos, el suelo tiene un valor mayor, incluso en las favelas. Por esto, en los asentamientos situados en estas áreas los domicilios tienen más verticalidad y menos espacio entre sí.

En el municipio de Río de Janeiro, las favelas más antiguas están en la zona centro y sur, cerca de las áreas más nobles y turísticas, y junto a lugares con más posibilidad de empleo y mayores infraestructuras. Varias áreas ricas como Leblon, Lagoa, Ipanema, Gávea, y Copacabana tienen a las favelas de Rocinha, Vidigal, Cantagalo, Pavão-Pavãozinho y Santa Marta (entre muchas otras) como vecinas. El mapa N°2 muestra la localización de las favelas en la zona sur.

- **La pacificación**

Desde los años 70, las favelas han sido territorios gobernados por narcotraficantes y milicias. A partir de 1990, la seguridad pública empezó a hacerse hueco en la agenda política todo por los altos índices de violencia urbana y número de homicidios, casi siempre relacionados con el tráfico de drogas. Las estrategias llevadas a cabo no tuvieron ningún resultado. En el momento en que Río de Janeiro fue elegido sede de los Juegos Olímpicos en 2016 y la Copa del Mundo en 2014, la necesidad de buscar una solución a esta situación aumentó. Así, en 2008, comenzó el proceso de *pacificación* en Río de Janeiro, un programa que pretende *retomar* el territorio, expulsar a los grupos criminales e integrar a las favelas ocupadas al resto de la ciudad.

El proceso se lleva a cabo mediante unidades armadas en forma de guerra. Cuando se tiene la seguridad de que los narcotraficantes han huido o han aceptado mantenerse ocultos, se instala la Unidad de Policía Pacificadora (UPP), un cuerpo especial de policía creado para el programa que intenta aproximarse a la población y fortalecer programas sociales en las

comunidades. Una vez *pacificadas*, las favelas reciben (o deberían recibir) apoyo del ayuntamiento para invertir en programas sociales. A día de hoy, ya han sido *pacificadas* 39 comunidades, la última fue el Complejo de Maré. (Batista, 2013: 286) A pesar de que a priori parece un proyecto excelente, la pacificación conlleva varios problemas:

- No acaba con la violencia ni las muertes. La entrada de la policía y de las fuerzas armadas en la favela es muy conflictiva y ocasiona cientos de muertes y torturas. Amnistía Internacional ha denunciado esta situación afirmando que viola los derechos de los habitantes³⁵.
- La policía no se adapta a la comunidad, dándose casos de abusos y coacción³⁶.
- Gran parte de los habitantes de las favelas admiten que se encontraban más seguros cuando los narcotraficantes ocupaban el lugar que con la policía.
- El narcotráfico no desaparece: se esconde. La existencia de pactos entre el poder público y los traficantes constata el grado de corrupción en Brasil.
- Las intervenciones sociales que estaban planeadas no se han llevado a cabo en su totalidad.

Por último, se está comenzando a afirmar que en algunas favelas de la zona sur (con Vidigal a la cabeza) están sufriendo un proceso de gentrificación indiscutible³⁷. La localización de algunas favelas (y sus vistas) está atrayendo a las clases pudientes, que compran terrenos a precios irrisorios y construyen casas de lujo. El precio del terreno de las favelas se ha duplicado en menos de 6 años y está provocando un éxodo masivo de los moradores de las favelas hacia lugares más económicos (esto es, a favelas más apartadas). En conclusión, el modelo de pacificación está siendo muy cuestionado, tanto por los propios moradores de la favela como

³⁵ <http://amnesty.org/es/library/asset/AMR19/003/2014/es/10238335-2257-4c43-ad8d-2bf5a3be47a2/amr190032014es.html>

³⁶ <http://focoblanco.com.uy/2010/12/brasil-abusos-cuestionan-exito-de-ocupacion-policia-en-favela/>

³⁷ <http://www.dw.de/gentrifica%C3%A7%C3%A3o-chega-ao-vidigal-e-pressiona-pre%C3%A7os-dos-im%C3%B3veis/a-17562164>

por la comunidad internacional⁵⁸.

Favelas y barrios: extremos de la desigualdad y del estado de salud

- La desigualdad en números

En el caso de Río de Janeiro, es imposible hacer una generalización sobre el estado de salud de la población por las enormes diferencias que existen en lugares colindantes o muy cercanos dentro de la misma ciudad. Vivir en un barrio o en una favela va a definir gran parte de la vida de las personas. Habitantes de barrios muy acomodados, como es el caso de Gávea o Leblon, disfrutan de vivir en lugares con un IDH rodando el 0,97, comparable con el de Noruega o Australia. Su esperanza de vida es de 80 y la tasa de alfabetización de adultos oscila entre el 98 y 99%. Su renta per cápita supera los 700 euros³⁸.

Las favelas vecinas, Vidigal y Rocinha, presentan una esperanza de vida de 71 y 63 años, respectivamente. El IDH de cada favela es de 0.87 (a la altura de República Checa) y 0,73 (similar al de Jamaica). La tasa de alfabetización también desciende a un 94% en el primer caso y 87% en el segundo. En Vidigal, la renta per cápita no llegó a 370 euros, y en Rocinha la situación es todavía peor: 72 euros per cápita³⁹.

Todo esto sucede en un radio de cerca de 3 kilómetros, A pesar de que estos datos corresponden al año 2000 (son los últimos disponibles), es posible suponer que la situación es la misma hoy en día, comparando con los datos anteriores de 1991. Tanto las zonas ricas como las pobres, en general, van mejorando su situación, lo que produce que la brecha entre ellas se mantenga. Sin embargo, el desarrollo de las áreas acomodadas se hace de forma más rápida, propiciando que esta brecha sea aún mayor⁴⁰.

Tanto Vidigal como Rocinha se encuentran en la zona sur y fueron pacificadas en 2012. En el ranking de IDH de los barrios de Río de Janeiro, Vidigal ocupa el puesto 38º y Rocinha el 120º, de las 126 analizadas⁶⁵. La diferencia entre ellas, ambas favelas vecinas, se debe, principalmente, al tamaño y población de Rocinha, donde en 2010 vivían casi 70.000 personas. Sin embargo, en Vidigal había algo más de 12.000 habitantes⁶⁶.

³⁸ http://portalgeo.rio.rj.gov.br/amdpaint_ms.asp?gtema=5&gcod=320&gcod_sub=326>ipo_topo=Tem %E1ticos>ipo_sub=1

³⁹ http://portalgeo.rio.rj.gov.br/amdpaint_ms.asp?gtema=5&gcod=320&gcod_sub=326>ipo_topo=Tem %E1ticos>ipo_sub=1

⁴⁰ http://portalgeo.rio.rj.gov.br/amdpaint_ms.asp?gtema=5&gcod=320&gcod_sub=326>ipo_topo=Tem %E1ticos>ipo_sub=1

La situación es igual e incluso empeora en otros lugares más apartados de la *zona rica*. Los últimos puestos de la clasificación los ocupaban favelas muy pobladas de la zona norte, entre ellas Jacarezinho (puesto 121º - IDH 0,73), Maré (puesto 123º - IDH 0,72) y el Complejo de Alemão (último puesto, 126º - IDH 0,71). En Jacarezinho, viven más de 37.000 personas. En el año 2000, su esperanza de vida era de 66 años y la renta per cápita era de 58 euros. En Maré, última favela en ser pacificada por interés estratégico (está de camino al aeropuerto, a la vista de todos los turistas), viven 130.000 personas y también tiene la misma esperanza de vida y una renta per cápita de 61 euros. Por último, el Complejo de Alemão cuenta con 70.000 habitantes que tienen una esperanza de vida de 64 años, entre las más bajas de todos los barrios de la ciudad. La alfabetización llega sólo al 89% de las personas y la renta también es de 58 euros per cápita⁴¹. Estas cifras nos muestran una diferencia de casi 15 años menos de esperanza de vida que en los barrios más ricos y de 600 euros menos per cápita.

Las favelas también son también las principales víctimas de desastres naturales por su construcción precaria y en lugares de riesgo (como se mencionó anteriormente, en colinas y terrenos peligrosos). En abril de 2010, murieron 216 personas por una lluvia torrencial en la favela Morro de Bumba, situada sobre un antiguo basurero en Niterói (municipio con IDH más alto del estado). A escasos metros, en el *asfalto* (o ciudad legal, como se conoce comúnmente) sólo murieron dos personas⁴².

El indicador al que atendamos es indiferente, todos señalan lo mismo: una desigualdad espeluznante. En los barrios más acomodados, la mayor parte de la población es de raza blanca. Basta con pasear por estos lugares para darse cuenta de que es una realidad. En el año 2006, en Leblon nacieron 249 niños de raza blanca, 5 de raza negra, y 31 de raza parda. En Gávea; 178 blancos, 3 negros y 47 pardos. Cuanto más nos alejamos de la zona sur o más acomodada, vemos cómo gradualmente el número de pardos y negros aumenta, y el de blancos disminuye. Es el caso, nuevamente, de Jacarezinho (86 blancos, 36 negros y 121 pardos) y Maré (768 blancos, 105 negros y 858 pardos)

La consulta del número de nacidos vivos según los años de educación de la madre y barrio de residencia también da pistas sobre la clase social. En 2005, en Leblon no hubo ningún

⁴¹ http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/index_bairro.htm

⁴² <http://oglobo.globo.com/rio/desabamento-soterra-dezenas-de-casas-em-niteroi-3027907>

nacido cuya madre no tuviera ningún año de estudio y el número de nacimientos aumenta a mayor número de años de estudio de la madre. En Gávea sucede lo mismo: sólo un nacimiento cuya madre no tiene ninguna clase de estudios y 133 nacimientos para más de 12 años de estudio. La realidad cambia cuando analizamos los barrios más pobres. El número de nacimientos aumenta a menos años de estudios de la madre, y disminuye a más años, principalmente porque muy pocas personas alcanzan ese nivel de educación. En Rocinha el mayor número de nacimientos (508) se concentraba en las mujeres que habían estudiado entre 4 y 7 años. Lo mismo sucede en Maré (831 nacimientos entre 4 y 7 años de estudio frente a 165 para más de 12 años de estudio)⁴³.

A todo lo anterior hay que añadir la violencia que se vive en los lugares más pobres y que afecta sobre todo a personas de raza parda y negra en Brasil. En 2006, la tasa de homicidios en Brasil era de 26,6 por 100 mil habitantes, lo que lo sitúa en unos de los países con mayor tasa de homicidios de América Latina (5º puesto si se atiende al homicidio juvenil). En el estado de Río de Janeiro, la situación es todavía peor: 47,5 por 100 mil habitantes en 2006. A pesar de la gravedad de estas cifras, la situación empeora cuando analizamos los homicidios de jóvenes entre 15 y 24 años, que llegaron a más de 100 por 100 mil habitantes. Estas cifras son oficiales y no contabilizan los asesinatos que suceden en las favelas y que nunca se notifican a organismos públicos, ya que los cuerpos son quemados o enterrados en las propias favelas.

Es importante destacar que color y la raza tienen un gran protagonismo en el número de muertes violentas intencionadas: la mayor parte de las muertes es de pardos y negros. Para ejemplo un dato espantoso: en el Estado de Río de Janeiro se producen 370 homicidios por cada 100 mil jóvenes negros entre 22 y 24 años de edad. Estas muertes están indiscutiblemente concentradas en las zonas donde existen favelas. UNICEF expone que la mayor parte de la violencia letal en Río de Janeiro se encuentra, sin duda alguna, entre los jóvenes pobres que viven en los barrios más desfavorecidos y que el 80% de esas muertes se produce con armas de fuego y la gran mayoría están relacionadas con el tráfico de drogas, concentrado en las distintas favelas (Ramos, 2009: 3).

⁴³ <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/amdados800.asp?gtema=15>

- **Discursos sobre la desigualdad**

Es primordial completar la información expuesta con otra más subjetiva y cercana. Para ello, se ha llevado a cabo un análisis del discurso resultante extraído a partir de la aplicación de dos técnicas: una entrevista en profundidad a una líder comunitaria y la observación participativa. La entrevista personal fue con Neuza María Nascimento, residente en la favela Parada de Lucas desde hace más de 25 años y es fundadora y directora de la ONG Ciacac, que se encarga dar apoyo a niños y adolescentes de esa favela. Neuza es de raza negra y tiene 55 años. Fue escogida por su importancia dentro de la comunidad y por su conocimiento sobre la situación de las favelas.

La observación participativa se ha realizado viviendo cuatro meses en la favela Parada de Lucas y haber visitado muchas otras favelas y conversado con varios de sus habitantes Como resultado de la aplicación de estas dos técnicas de recogida de datos, a continuación se exponen los hallazgos más llamativos y que, como veremos, evidencian un alto grado de desigualdad según el lugar en el que se resida.

En los barrios cariocas, predomina la raza blanca, especialmente en los barrios más ricos; mientras que las favelas están compuestas, sobre todo, de personas de raza parda y negra, siendo los blancos una excepción. De hecho, dentro de la propia favela, la raza blanca pertenece a la clase alta. Neuza Nascimento pide hacer una aclaración respecto al racismo en Brasil y en las favelas:

En el exterior, Brasil se ve como un país donde coexisten personas de distintas razas de forma pacífica. El racismo también llega a la favela. Mira a tu alrededor, todos los dueños de bares y tiendas son blancos. No hay ni un negro en la comunidad que tenga un negocio.

Igualmente, en estos barrios existen centros de salud y lugares de atendimento específico, mientras que en la mayor parte de las favelas no existen puestos de salud ni centros de educación (sólo centros de educación primaria en algunos casos) y sus habitantes tienen que desplazarse a los barrios cercanos. La contaminación existente en las favelas (especialmente las que se encuentran debajo de la autopista y junto a vertederos, como Parada de Lucas), es irritante. Además del aire, existe una gran contaminación acústica y una ausencia casi absoluta

de zonas verdes.

Además, en los barrios hay presencia policial a toda hora, y a pesar de ello son comunes los atracos y la prostitución. La ciudad está llena de gente sin hogar (inclusive niños), aunque no hay personas portando armas ni vendiendo droga (a la vista). En la favela no hay presencia policial (excepto cuando entran a cobrar el permiso de venta de droga, especialmente la Policía Militar, la más corrupta de Brasil). De igual forma, en las favelas no suceden atracos, violaciones ni se ve gente viviendo en las calles. Esto tiene una explicación llamativa: el jefe o *dono* de la favela se encarga de que estas situaciones no se den y de que exista una paz relativa. Cualquiera que intente atentar contra estas normas será inmediatamente suprimido. De cualquier forma, en las favelas, al estar controladas por el narcotráfico, existen muchísimas personas armadas dentro de la comunidad (los *bandidos* o traficantes, encargados de *cuidar* la favela de la policía y de otras facciones criminales) e importantes episodios de violencia (de manos de los traficantes). Los bandidos son jóvenes armados de entre 14 y 30 años que se decantan por entrar en el tráfico por ser un trabajo relativamente *fácil* y, en muchos casos, por el prestigio social que tiene ser *bandido*.

Además de las milicias, existen tres facciones criminales en Río, el *Comando Vermelho* (CV), *Tercer Comando Puro* (TCP) y *Amigos dos Amigos* (ADA). Entre ellos se disputan los territorios y existen ocupaciones y guerras muy a menudo. Es una verdadera guerra entre policía y facciones. En Parada de Lucas gobierna el TCP, rival del CV.

A pesar de todo lo mencionado, en las favelas los residentes no tienen deseo de cambiar de lugar de residencia. Existe un gran sentido colectivo de comunidad y de solidaridad que sólo se da en las favelas. Entre un 65 y 90% de los *favelados* no quiere mudarse, simplemente reclaman mejoras urbanas y mayor seguridad (Alves y Evanson, 2011: 19).

Conclusión

Aunque en los últimos 20 años se han producido grandes mejoras en las condiciones de vida y en el estado de salud de la población brasileña, todavía existen grandes desigualdades en salud determinadas por el lugar de residencia. Asimismo, considerando las enormes inequidades presentes en el sistema de salud brasileño, la cuestión no ha despertado

suficientemente el interés de investigadores y propuestas políticas. Existe una gran escasez de estudios sobre el tema, desproporcional a su importancia, además de una gran carencia de datos específicos. Las favelas son una realidad innegable del paisaje brasileño y su desaparición totalmente irrealizable, por lo que se propone como prioridad dotarlas de servicios básicos y mejorar sus condiciones sin hacer uso de la fuerza incontrolada.

Bibliografía

ALVES, M., EVANSON, P. (2011), *Vivendo no fogo cruzado. Moradores de favela, traficantes de droga e violência policial no Rio de Janeiro*. Filadelfia.. Temple University Press

BACIGALUPE DE LA HERA, A.; MARTÍN RONCERO, U. (2007), *Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud*. Bilbao. Ararteko.

BENACH, JOAN (1997), “La desigualdad social perjudica seriamente la salud”. En la Red: <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-desigualdad-perjudica-seriamente-salud/articulo/S0213911197713049/>. Gaceta Sanitaria. Consultado el 11 de febrero de 2014.

DE SOUZA, K., VIEGAS, M. (2001), “Desigualdades sociais em saúde: evidência empíricas sobre o caso brasileiro”. En la Red: https://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/ETENE/Anais/docs/ren2001_v32_ne_a24.pdf. *Revista Econômica do Nordeste*. Consultado el 23 de enero de 2014.

DOYAL, LESLEY (1979), *The Political Economy of Health*. Londres. Pluto Press.

GOULDEN, CHRIS (2010), “Cycles of poverty, unemployment and low pay”. En la Red: <http://www.jrf.org.uk/system/files/poverty-employment-lowpay-summary.pdf>. Consultado el 21 de marzo de 2014.

LABERNARDE, D.; GERHARDT, T. (2008), “Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde”. En la Red: <http://www.ufrgs.br/pgdr/arquivos/663.pdf>. *Revista Gaucha de Enfermagem*. Consultado el 11

de enero de 2014.

MACIONIS, J.; PLUMMER, K. (2007), Sociología. Madrid. Pearson Educación.

NUNES, A., SANTOS, J., BARATA, R., VIANNA, S (2001), Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização PanAmericana de Saúde.

OBSERVATÓRIO DE FAVELAS (2009), O que é a favela, afinal? Rio de Janeiro. Obsevatório de favelas do Rio de Janeiro.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (PAHO) (2012), “*Salud en las Américas*” En la Red: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=26&lang=es. Consultado el 15 de febrero de 2014.

PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINKO, J. (2011), “*The Brazilian health system: history, advances, and challenges*”. En la Red: http://dl.dropboxusercontent.com/u/9679109/Paim_Brasil%20HS_Lancet%202011.pdf. The Lancet . Consultado el 24 de marzo de 2014.

PEREIRA LEITE, MÁRCIA (2008), “Pobreza y exclusión en las favelas de Río de Janeiro”. En la Red: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/subida/uploads/FTP-test/clacso/clacso-crop/uploads/20120627115353/11pere2.pdf>. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Consultado el 25 de marzo de 2014.

RAMOS, SILVIA (2007), “Meninos do Rio: Jovens, violência armada e polícia nas favelas cariocas”. En la Red: <http://www.unicef.org/brazil/pt/BoletimCESeCNo13MeninosdoRio.pdf>. Centro de Estudos de Segurança e Cidadania. Consultado el 8 de mayo de 2014.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. (2006), “Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población”. En la Red: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf>. Universidad de Liverpool. Consultado el 5 de diciembre de 2013.